

小児慢性特定疾病医療費請求書  
( 年 月分)

年 月 日

(あて先) 松江市長

次のとおり請求します。

金 円

請求額 = ( ② - ( ③又は①の小さい方 ) ) ※ + ④ - ⑤  
※ 0円未満の場合は0円とする

請求者 住 所

氏 名

受診者  
との続柄 ( )

受診者氏名		受給者番号	
疾病名		自己負担上限額(円)	①

入院時食事療養費以外			
診療等期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	自己負担額(円) (2割負担分)
日～ 日			
合計		②	③

入院時食事療養費			
入院期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	※自己負担額(円) 標準負担額の1/2
日～ 日			
日～ 日			
合計		④	⑤

- ※ 1 領収書原本及び受給者証の写しを添付してください。  
(対象となる領収書は、認定された疾病にかかるもののみです。)
- ※ 2 入院時食事療養費の自己負担額は、食事療養標準負担額の1/2です。  
(受給者証に記載の公費負担者番号が「52327020」の場合は、自己負担は0円です)
- ※ 3 高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。
- ※ 4 記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。